

웨이버 가입 신청서

WAIVER ENROLLMENT REQUEST

수혜자 이름	DDD 번호	생년월일	의뢰일자
구역	케이스 매니저	<input type="checkbox"/> 다른 웨이버로 의뢰	<input type="checkbox"/> 새 웨이버로 의뢰

법적 근거

WAC 388-845-0045 "웨이버에 인원을 추가할 가능성이 있을 경우 DDD는 추가될 사람을 어떻게 결정하는가?"

WAC 388-845-0050 "어떻게 웨이버에 가입되도록 신청하는가?"

WAC 388-845-0070 "본인에게 ICF/MR 수준의 보호가 필요한지 어떻게 결정하는가?"

지정 받은 웨이버 변경을 위한 신청(현 웨이버 수혜자에 대해서만 작성하십시오.)

현재 지정되어 있는 웨이버

☐ Basic ☐ Basic Plus ☐ Core ☐ CP

요청한 웨이버

☐ Basic ☐ Basic Plus ☐ Core ☐ CP

WAC 388-845-0045 에 따른 서비스 우선순위(모든 요구사항에 대해 작성하십시오.)

우선하는 사항 하나만 선택하십시오.(1,2,3,혹은 없음)

- ☐ 1. 현재 웨이버에 들어 있지만 필요한 사항을 부합하려면 다른 웨이버가 필요함
- ☐ 2. 서비스 우선순위 수혜자 (아래에서 하나를 골라 체크하십시오)
- ☐ 한 그룹의 일원으로 확인, 주의회에서 자금을 충족함
 - ☐ 필수 건강과 안전에 충족하지 못하여 즉시 ICF/MR 에 가입해야할 위험이 있음
 - ☐ 커뮤니티의 안전이 위험함
 - ☐ 현재 주정부 자금을 통해서만 서비스를 받고 있음
 - ☐ 수혜자에게 필요하다고 확인된 건강과 복지를 충족하는 데 필요한 서비스 외 다량의 서비스를 제공하는 HCBS 웨이버 프로그램을 받고 있음
 - ☐ 2004년 4월부터 HCBS 웨이버를 받은 사람이었으나 WAC388-845-0060(9)에 의거해 웨이버 수혜자격을 상실하였음
- ☐ 3. 가족과 함께 거주하려면 Basic 웨이버 서비스가 필요함
- ☐ 없음. 위의 기준에 부합한 것이 없음

WAC 388-845-0050 에 따른 ICF/MR 수혜자격(모든 요구사항에 대해 작성하십시오.)

- ☐ 15-168 혹은 15-170A에 따라 ICF/MR 수준의 수혜자격에 부합한 것으로 결정됨
- ☐ ICF/MR 수준의 수혜자격에 부합하지 않음. 잠깐! ICF/MR 수혜자격이 되지 않을 경우 여기서 중단하십시오.

수혜자의 필요에 반영될 웨이버 대상 기준 확인

(모든 요구사항에 대해 작성하십시오.)

Basic 웨이버	<input type="checkbox"/> 가족과 함께 살거나 자택에서 거주하는 사람 <input type="checkbox"/> 유력한 가족지원시스템이 있는 사람 <input type="checkbox"/> 가족/간병인의 기력으로 계속해서 수혜자를 돌보는 것이 문제가 되지만 서비스를 추가하면 계속해서 돌볼 수도 있음 <input type="checkbox"/> 집이 아닌 주거용 시설의 서비스는 필요하지 않음
Basic Plus 웨이버	<input type="checkbox"/> 가족과 함께 살거나 지원을 제공하는 시설에서 거주하나 자택이나 현재의 생활 환경을 벗어날 경우 <u>아주</u> 위험함 <input type="checkbox"/> 성인 패밀리 홈 혹은 성인 주거용 보호시설에서 거주할 필요가 있음 <input type="checkbox"/> 일년에 \$6500 이상의 일일 프로그램 서비스가 필요함
Core 웨이버	<input type="checkbox"/> 부모의 집이 아닌 다른 곳에서 주거용 자활 서비스가 필요함 <input type="checkbox"/> 가족/부모와 함께 살고 있으나 Basic Plus 웨이버 이상의 서비스를 제공 받지 않지 않을 경우 위험에 직면할 수 있음.
CP 웨이버	<input type="checkbox"/> 커뮤니티에서 살고 있거나 이주하려고 함 <input type="checkbox"/> 다른 사람의 안전을 보장하려면 직원이 현지에서 24시간 감독할 필요가 있음 <input type="checkbox"/> 치료사 및/혹은 기타 자활 서비스가 필요함 <input type="checkbox"/> DDD의 "커뮤니티 보호" 기준에 부합함

중앙사무실의 권장 대응시간 (웨이버 서비스 필요 기준에 반영됨)

- ☐ 비상사태(< 24 시간) 바로 위험에 처하며 지원해 줄 사람이 없음
- ☐ 30일 이내. 30일 이내로 현재 주요 지원 서비스를 상실하게 됨
- ☐ 비상사태가 아님
- ☐ 기타(설명요)

현 생활 상태

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 노숙자(홈레스) | <input type="checkbox"/> 정신병원 |
| <input type="checkbox"/> 유료/무료 지원 서비스를 받고 있지 않는 주택 소유자 | <input type="checkbox"/> 의료시설 |
| <input type="checkbox"/> 주거 지원서비스가 모자라는 주택소유자 | <input type="checkbox"/> 감옥/교도소 |
| <input type="checkbox"/> 부모/가족/보호자와 함께 살고 있는 아동 | <input type="checkbox"/> DDD위탁/그룹 홈이 아닌 곳에 살고 있는 |
| <input type="checkbox"/> 노친(65세 이상)과 함께 살고 있는 성인 | <input type="checkbox"/> 22세 미만의 사람 |
| <input type="checkbox"/> 친척이 아닌 사람과 살고 있는 성인 | <input type="checkbox"/> 기타: |

구역 행정관

- ☐ 추천사항 승인
- ☐ 추천사항 거절

비고:

구역 행정관 혹은 그의 지정인

날짜

중앙사무소의 승인

- ☐ 승인
- ☐ 거절

비고:

웨이버 프로그램 매니저 혹은 그의 지정인

날짜

NEW WAIVER REFERRAL - FOR CENTRAL OFFICE USE ONLY (공무 사용판)

RECOMMENDED WAIVER ASSIGNMENT

- ☐ Basic ☐ Basic Plus ☐ Core ☐ CP

Instructions

1. Complete this form when requesting waiver assignment for an individual who is:
 - In a DDD waiver but needs the services of a different waiver;
 - Requesting to be on a waiver after March 31, 2004.
2. The referral date for requests after March 31, 2004 is the date of the request.
3. For persons who requested to be on the CAP waiver prior to April 1, 2004, use their original request date as the referral date.
4. Determine if the person meets one of the priority populations. If the person meets one of the listed priority consideration populations, determine if the person has ICF/MR level of need per the 15-168 or 15-170A form.
5. Proceed to complete the form only if the person meets both conditions.
6. Provide the essential information about the individual's living circumstances and emergent needs.
7. If the person is found ineligible to have their waiver enrollment request entered into the database, consult with your designated regional staff person to review the information and confirm the decision of ineligibility.
8. Once the Regional Administrator has reviewed the request, and either gives their approval or denial, he/she would sign the form and retain a copy, as evidence that their signature is on file.
9. Notification:
 - A. For persons whose waiver enrollment requests are documented in a statewide database:
 - (i) The person/family will be notified by a department approved letter;
 - (ii) The case manager will be notified by e-mail.
 - B. For persons determined ineligible to be placed on the database:
 - (i) The case manager is responsible to send the HCBS Waiver Enrollment Request Notice of Denial form (DSHS 15-283).
 - (ii) The form includes appeal rights to this denial based on WAC 388-845-0050.
 - (iii) The client/family can appeal per the following rules:
 - WAC 388-845-0045 contains the criteria for "priority considerations".
 - WAC 388-845-0070; 0075; 0080; 0085; 0090; 0095 is the criteria for determining ICF/MR level of care.